

1. Um bebê de 3 meses de vida comparece com sua mãe a uma consulta de puericultura com a médica de família e comunidade da Unidade de Saúde da Família do bairro. Ao verificar a caderneta de vacinação do bebê, a médica verifica que este recebeu as seguintes vacinas ao longo da vida: BCG, hepatite B, primeira dose de pentavalente e primeira dose de rotavírus. As vacinas que o bebê precisa receber para ter sua carteira vacinal atualizada são:
- a primeira dose de pólio inativada, primeira dose de pneumocócica e segunda dose de pentavalente.
 - b primeira dose de pólio oral, primeira dose de pneumocócica e primeira dose de meningocócica.
 - c primeira dose de pólio inativada, segunda dose de pentavalente e primeira dose de meningocócica.
 - d primeira dose de pólio inativada, primeira dose de pneumocócica e primeira dose de meningocócica.
 - e primeira dose de pólio inativada, primeira dose de pneumocócica e segunda dose de rotavírus.
2. A Lei 9836/99, que regulamenta as ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, modificou a Lei 8080/90 e instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Sobre a atenção à saúde dos povos indígenas, de acordo com a Lei 9836/99, é correto afirmar que:
- a o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é um sistema criado separadamente do SUS, mas que pode utilizar os serviços de alta complexidade do SUS, quando necessário.
 - b o financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é feito exclusivamente pela União, podendo contar com apoio de ONGs nacionais e internacionais.
 - c o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e a gestão destes distritos deve ser centralizada pela União.
 - d o SUS deve garantir o atendimento nos níveis primário e secundário aos povos indígenas e a atenção terciária deve ser complementada pela iniciativa privada.
 - e as populações indígenas têm direito de participação em órgãos colegiados de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde e Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
3. Mulher de 25 anos, assintomática e sem comorbidades, convive com o pai, que está em tratamento para tuberculose pulmonar. Está na Unidade de Saúde da Família para investigação de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). Apresenta prova tuberculínica de 4 mm. A conduta correta, neste caso, é:
- a repetir prova tuberculínica em oito semanas.
 - b realizar radiografia de tórax em seis meses.
 - c encerrar investigação para ILTB.
 - d solicitar baciloscopia do escarro.
 - e solicitar tomografia de tórax.
4. Uma mulher de 35 anos, assintomática, comparece à consulta médica na Unidade de Saúde da Família para exames de rotina. Refere que gostaria de realizar colpocitologia oncótica e mamografia. A médica de família e comunidade verifica no prontuário que o último exame de colpocitologia oncótica foi há 3 anos e o exame clínico das mamas está normal. Paciente nega doenças prévias da mama e histórico de neoplasia de mama na família. Portanto, a médica solicita a colpocitologia oncótica e explica que a mamografia é desnecessária para a paciente. A solicitação da colpocitologia oncótica e o aconselhamento médico sobre a mamografia são, respectivamente, classificados como prevenção:
- a primária e secundária.
 - b secundária e quaternária.
 - c secundária e primária.
 - d primária e quaternária.
 - e secundária e secundária.
5. Paciente do gênero masculino, com 17 anos, veio acompanhado pela mãe, para consulta de rotina na UBS, onde faz tratamento para quadro depressivo, a realizar a anamnese, você detectou risco de suicídio, assim a conduta que deverá ser tomada, neste caso, é:
- a compartilhar com a responsável sobre o risco de suicídio, assim, orientar a melhores medidas para evitar este evento.
 - b solicitar a internação deste paciente, assim evitar o desfecho desfavorável.
 - c solicitar supervisão continua deste paciente, e orientar sempre ser realizada visita domiciliar quando necessário.
 - d orientar a internação deste paciente e otimização de medicamentos sedativos para evitar este desfecho.
 - e otimizar medicamentos e deixar registrado em prontuário, além de orientar apenas a equipe multidisciplinar que deverá acompanhar este paciente como possível suicida.

6. Você recebe para consulta de rotina em uma UBS, um adolescente de quatorze anos acompanhado da mãe, este se queixa de dores abdominais intermitentes há vinte dias, com diarreia fétida, e com muco que fica no vaso sanitário, sem febre ou sangue nas fezes, relata que não ocorre piora do quadro ao comer alimentos específicos, e relata que a água que bebe na escola é da torneira. Assim, a melhor hipótese diagnóstica e tratamento a ser instituído, neste caso, é:
- provavelmente trata-se de um quadro de doença inflamatória intestinal, na qual ocorre inflamação na parede intestinal, gerando quadro disabsortivo, o tratamento seria imunomoduladores.
 - provavelmente trata-se de giardíase, que forma um entapetamento intestinal causando uma síndrome diarreica disabsortiva, o tratamento seria metronidazol ou secnidazol.
 - provavelmente trata-se de síndrome do intestino irritável, que se trata de uma hiper motilidade intestinal reativa, o que faz quadros diarreicos intermitentes, melhor tratamento seria psicoterapia e antidepressivos.
 - provavelmente seria uma intolerância a lactose, já que este paciente deve ter produção de lactase, assim tendo um quadro disabsortivo, o tratamento seria dieta e complementação com lactase exógena.
 - provavelmente seria alergia alimentar, já que este paciente apresenta quadro diarreico intermitente.
7. Ao atender paciente com 09 anos, que foi contactante de tuberculose, vem apresentando perda de peso há trinta dias, com sintomas respiratórios discretos, como tosse noturna. Assim, neste caso, o teste e o parâmetro usados para investigação são:
- TC de tórax, vidro fosco difuso.
 - Radiografia de tórax, vidro fosco.
 - escarro com cultura em BAAR, bacilo em crescimento.
 - a prova tuberculínica, medindo acima de 5 mm.
 - a prova tuberculínica, medindo acima de 10 mm.

8. Paciente com 42 anos, comparece a UBS para acompanhamento médico, e relata ser tabagista com carga tabágica de 20 maços/ano, veio relatando que teve dispneia e aumento da secreção ao tossir, sendo assim, além da antibiótico terapia, deverá instituir:
- Fenoterol e Fluticazona inalatória.
 - Salmeterol e Ipratropio inalatório.
 - Formoterol e Budesonida inalatória.
 - Salbutamol e Tiotropio inalatório.
 - Betametasona EV e Salbutamol inalatório.

Leia o texto abaixo para responder a questão 9

Texto

"...Foram estudados prontuários de pacientes internados, sendo um estudo retrospectivo..."

"...Para o primeiro grupo foram considerados os recém nascidos que morreram antes de completar 28 dias de vida, e no segundo grupo aqueles que permaneceram vivos. Para os dois grupos foram considerados os recém-nascidos vivos, não gemelares, com peso ao nascer maior que 500g, nascidos de parto hospitalar em Fortaleza e de mães residentes neste município. Foram excluídos os recém-nascidos gemelares, anencéfalos, com peso inferior a 500g, partos domiciliares, nascidos em outros municípios e de mães não residentes em Fortaleza..."

(Nascimento RM et al. DETERMINANTES DA MORTALIDADE NEONATAL. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(3):559-572, mar, 2012)

9. O tipo do estudo demonstrado no texto acima é:
- Caso-controle
 - Ensaio clínico
 - Ecológico
 - Coorte
 - Epidemiológico retrospectivo

- 10.** Paciente de 34 anos veio trazido ao pronto socorro com história de trauma crânio encefálico, após acidente de moto em colisão com carro, este paciente veio acompanhado de irmão que relatando história de ingesta alcoólica antes do acidente e que o paciente faz uso de antidepressivo para transtorno de ansiedade generalizada, mesmo com abordagem da neurocirurgia, paciente evoluiu a óbito, ao preencher a declaração de óbito deve ser realizada da seguinte forma:
- a** Parte I: a. Morte encefálica b. Trauma crânio encefálico c. Pessoa traumatizada em uma colisão entre um automóvel (carro) e um veículo a motor de duas ou três rodas (acidente de trânsito); d. Intoxicação alcoólica.
 - b** Parte I: a. Morte encefálica b. Trauma crânio encefálico c. Pessoa traumatizada em uma colisão entre um automóvel (carro) e um veículo a motor de duas ou três rodas (acidente de trânsito); d. Intoxicação alcoólica; Parte II: Transtorno de ansiedade generalizada.
 - c** Parte I: a. Falência de múltiplos órgãos b. Trauma crânio encefálico c. Pessoa traumatizada em uma colisão entre um automóvel (carro) e um veículo a motor de duas ou três rodas (acidente de trânsito); d. Intoxicação alcoólica; Parte II: Transtorno de ansiedade generalizada.
 - d** Parte I: a. Trauma crânio encefálico b. Pessoa traumatizada em uma colisão entre um automóvel (carro) e um veículo a motor de duas ou três rodas (acidente de trânsito); c. Intoxicação alcoólica; Parte II: Transtorno de ansiedade generalizada.
 - e** Parte I: a. Trauma crânio encefálico b. Pessoa traumatizada em uma colisão entre um automóvel (carro) e um veículo a motor de duas ou três rodas (acidente de trânsito); c. Intoxicação alcoólica.
- 11.** Paciente de 24 anos, trabalha como pintor de portões de ferro em funilaria, relata em consulta que não está enxergando, refere que no trabalho, geralmente faz pinturas em ambientes abertos e de máscara, porém há quatro dias, vem fazendo uma pintura em ambiente fechado, pois não consegue tirar o portão do local que está fixado. Você suspeita de intoxicação por metanol e, neste caso, deverá instituir:
- a** Etanol
 - b** Xileno
 - c** Tolueno
 - d** Bifosfato de cálcio
 - e** Flumazenil
- 12.** Paciente ao descer de um ônibus sofreu queda com luxação de calcâneo, na qual procura a unidade de pronto atendimento (UPA) mais próxima. O nível de atenção que este paciente foi atendido é:
- a** Atenção primária.
 - b** Atenção secundária.
 - c** Atenção terciária.
 - d** Atenção quaternária.
 - e** Atenção integrada.
- 13.** De acordo com o calendário de imunização do 1º ano de vida, um lactente de 2 meses de vida deverá realizar quais vacinas:
- a** Pentavalente (1ª dose), Hepatite B (2ª dose), Pneumocócica (1ª dose) e Meningocócica (1ª dose).
 - b** Hepatite B (2ª dose), Pentavalente (2ª dose), Pneumocócica (2ª dose), Rotavírus (1ª dose).
 - c** Pentavalente (1ª dose), Poliomelite (1ª dose), Pneumocócica (1ª dose) e Rotavírus (1ª dose).
 - d** Hepatite B (2ª dose), Poliomelite (1ª dose), Meningocócica (1ª dose) e Pneumocócica (1ª dose).
 - e** Pentavalente (1ª dose), Meningocócica (1ª dose), Poliomelite (1ª dose), Rotavírus (1ª dose).
- 14.** A alternativa que indica 3 (três) doenças de notificação compulsória imediata é:
- a** Hanseníase, Leishmaniose Visceral e Ancilostomíase.
 - b** Tuberculose, Leishmaniose Visceral e Doença de Chagas Crônica.
 - c** Hantavirose, Hanseníase e Raiva Humana.
 - d** Malária, Tuberculose e Febre Amarela.
 - e** Febre Amarela, Cólera e Raiva Humana.

- 15.** Sobre a saúde do idoso, os fatores que contribuem para o desequilíbrio energético-proteico nesta população e que podem ser ainda mais agravados com um mal controle glicêmico são:
- I. Diminuição do tecido adiposo e da massa muscular.
 - II. Presença de polifarmácia e aumento da massa muscular.
 - III. Aumento do tecido adiposo e diminuição da massa muscular.
 - IV. Menor risco de disfagia e aumento da sensibilidade dos sentidos.
 - V. Diminuição da sensibilidade dos sentidos, alterações gastrointestinais e má absorção.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a) I e III
 - b) III e V
 - c) I, II e IV
 - d) II, IV e V
 - e) III, IV e V
- 16.** As áreas especializadas que se concentram as principais enfermidades e agravos que acometem a saúde do homem são:
- a) nefrologia, cardiologia, saúde mental, ortopedia e neurologia.
 - b) neurologia, nefrologia, urologia, gastroenterologia e pneumologia.
 - c) nefrologia, saúde mental, ortopedia e pneumologia.
 - d) cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia.
 - e) neurologia, gastroenterologia, urologia, cardiologia e ortopedia.
- 17.** Os princípios básicos/doutrinários do SUS que são incorporados na estratégia de Saúde da Família são:
- a) equidade, descentralização e participação da comunidade.
 - b) descentralização, integralidade e participação da comunidade.
 - c) universalidade, equidade e integralidade.
 - d) equidade, hierarquização e resolutividade.
 - e) hierarquização, resolutividade e descentralização.
- 18.** Sobre a promoção da saúde e a proteção da saúde, respectivamente, analise as afirmativas abaixo.
- I. Construção de praças com área de lazer e imunização.
 - II. Uso de equipamento de proteção individual e imunização.
 - III. Diagnóstico precoce/tratamento adequado e uso de equipamento de proteção individual.
 - IV. Palestras de educação em saúde e imunização.
 - V. Fisioterapia/reabilitação e uso de equipamento de proteção individual.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a) I, II e IV
 - b) I, III e V
 - c) II, III e IV
 - d) II, III, IV e V
 - e) I, III, IV e V
- 19.** Podemos proteger o indivíduo de desenvolver o diabetes, através da prevenção primária. Este tipo de prevenção tem importante impacto por evitar ou diminuir novos casos da doença. Atualmente, a prevenção primária do Diabetes Tipo I, não tem base racional que se possa aplicar a toda a população, porém, de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD-2019-2020), existem proposições que são:
- a) realização de atividades físicas regularmente.
 - b) evitar a prática do tabagismo.
 - c) realização de medidas de prevenção de doenças cardiovasculares.
 - d) estimular o aleitamento materno e evitar a introdução do leite de vaca nos primeiros 3 meses de vida.
 - e) realização de alimentação saudável na 1ª infância e na adolescência.

- 20.** Um técnico de enfermagem de 22 anos de idade foi levado por seu pai à Unidade de pronto atendimento. Nas últimas 2 semanas o estudante tem ficado progressivamente com agitação psicomotora, dormindo menos e falando rápido, às vezes difícil de entender. Há três dias começou a falar que descobriu a cura da COVID 19, tendo enviado várias mensagens eletrônicas para diferentes jornais e instituições públicas. Diz agora que aguarda a ligação dos presidentes de vários países para conversar sobre a sua descoberta. Quando questionado por seu pai sobre esses fatos, ficou muito irritado e o agrediu fisicamente. A família diz que o paciente sempre foi estudioso, trabalhador, carinhoso com os pais e é amigo do pai. Aos 20 anos de idade, apresentou quadro depressivo e foi tratado com medicamento, cujo nome os familiares não se recordam. Não há antecedentes familiares mórbidos relevantes. A principal hipótese diagnóstica, neste caso, é:
- Transtorno Depressivo Maior com sintomas psicóticos.
 - Esquizofrenia Heberfrênica.
 - Transtorno Afetivo Bipolar Tipo II.
 - Esquizofrenia Paranóide.
 - Transtorno Afetivo Bipolar Tipo I.
- 21.** Paciente do sexo masculino, 67 anos, com história de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) há 2 anos, apresenta espirometria com FEV1 61% do previsto, com queixa de dispneia apenas aos grandes esforços, 9 pontos no escore CAT (COPD Assessment Test) e uma internação hospitalar devido à exacerbação no último ano com uso de antibioticoterapia e corticoide oral. De acordo com o GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). A classificação e estadiamento do paciente são:
- GOLD 2, grupo A
 - GOLD 2, grupo B
 - GOLD 2, grupo C
 - GOLD 3, grupo B
 - GOLD 3, grupo C
- 22.** Homem, 57 anos, DM tipo 2 diagnosticado há 30 dias, em uso regular das seguintes medicações: Valsartana 160mg ao dia, Bisoprolol 5mg ao dia, AAS 100mg ao dia, Atorvastatina 40mg ao dia, Metformina 850mg 3 vezes ao dia e, Glicazida 60mg ao dia; com boa adesão à dieta e atividade física. Nos últimos dias está apresentando sintomas de hipoglicemia no período da manhã, com valores de glicemia capilar entre 50 e 60 mg/dL. Apresenta diagnóstico de insuficiência cardíaca classe funcional II, com antecedente de infarto do miocárdio há 16 meses. Ecocardiograma demonstra hipocinesia focal em parede anterior do ventrículo esquerdo e fração de ejeção de 42%. Exame clínico mostra IMC de 34 kg/m², cintura 102 cm e PA 135 x 90 mmHg; traz ainda HbA1c de 8,0%. A conduta mais adequada neste caso é:
- iniciar insulina Glargina, manter metformina e suspender glicazida.
 - iniciar Pioglitazona e Liraglutida, manter Metformina e Glicazida.
 - iniciar Sitagliptina, suspender Metformina e aumentar dose da Glicazida.
 - iniciar Empaglifozina, manter Metformina e reduzir Glicazida.
 - manter o tratamento atual visto que a hemoglobina glicada está na meta, considerando as comorbidades do paciente.
- 23.** Na escolha do anti-hiperglicemiante para o paciente diabético alguns pontos devem ser considerados. Com base nas medicações e seus efeitos esperados, assinale a alternativa que apresenta a associação correta.
- | | | | |
|---|---------------|------|------------------------------|
| A | Glibenclamida | I. | Maior risco de hipoglicemia |
| B | Dapaglifozina | II. | Favorece o ganho de peso |
| C | Pioglitazona | III. | Reduz o risco cardiovascular |
| D | Semaglutida | IV. | Contribui para perda de peso |
- I - D; II - C; III - B; IV - A
 - I - B; II - A; III - C; IV - D
 - I - A; II - C; III - D; IV - B
 - I - A; II - D; III - C; IV - B
 - I - C; II - D; III - A; IV - B

- 24.** A respeito do câncer de pele, analise as seguintes afirmativas e assinale a alternativa correta:
- I. O carcinoma basocelular é o câncer mais frequente no Brasil e sua forma clínica mais comum é caracterizada por superfície lisa e brilhante.
 - II. O melanoma é o câncer de pele mais grave, com alta chance de gerar metástase e nos indivíduos com fototipo alto, a forma clínica que atinge mãos ou pés é a mais comum.
 - III. O diagnóstico do câncer de pele depende do exame clínico, que pode ser auxiliado pela dermatoscopia e da confirmação com exame histopatológico
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a) I
 - b) I e III
 - c) I e II
 - d) II e III
 - e) I, II e III
- 25.** Paciente, do sexo feminino, 52 anos, trabalhadora de zona rural, casada, procurou a Unidade Básica de Saúde com queixa de lesão hipocrômica em membro superior direito e membro inferior esquerdo, ambas de 3cm, com diminuição da sensibilidade tátil e dolorosa à palpação, apresentando nervo ulnar direito levemente espessado, porém sem dor. Nega fator de melhora e de piora. Restante do exame físico sem alterações. Apresenta baciloscopia positiva. A Classificação e o Tratamento mais adequado, neste caso, é:
- a) Hanseníase Paucibacilar, Rifampicina + Dapsona + Clofazimina, por 12 meses.
 - b) Hanseníase Paucibacilar, Rifampicina + Dapsona, por 6 meses.
 - c) Hanseníase Paucibacilar, Rifampicina + Dapsona, por 12 meses.
 - d) Hanseníase Multibacilar, Rifampicina + Dapsona + Clofazimina, por 12 meses.
 - e) Hanseníase Multibacilar, Rifampicina + Dapsona + Clofazimina, por 6 meses.
- 26.** Paciente de 53 anos, masculino, viúvo, motorista, é levado pela filha para a Emergência com história de melena, seguido de hematêmese volumosa, há cerca de 24 horas. Refere vômito borraço, com odor de ferro, sem presença de restos alimentares ou outros elementos. A melena foi caracterizada pelo paciente como pastosa, escura, parecida com borra de café e odor consideravelmente fétido. Nega outros sintomas. Diz ter diagnóstico há 2 anos de doença parenquimatosa crônica do fígado, sendo atualmente acompanhado no ambulatório de centro de referência de seu município. Ademais, conta seguir as orientações médicas, não apresentando, desde o início do diagnóstico, outros problemas advindos dessa doença. Nega uso de medicações, cirurgias e outras patologias. Acusa etilismo há 15 anos aos finais de semanas. Exame físico de admissão com sinais vitais: Pressão Arterial 120x70 mmHg, FC 90 bpm, FR 18 irpm, Temperatura axilar: 37,4 °C, SpO₂: 97%. Dados antropométricos: 68 kg; 1,70 m; IMC 23,52 kg/m². Exame físico geral: Paciente em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, mucosas anictéricas, hidratadas e hipocoradas (+/++++), facies atípica. Exame de pele, aparelho cardiovascular e aparelho respiratório sem anormalidades. Exame do abdome: semigloboso, flácido, cicatriz umbilical de conformação normal, sem cicatrizes cirúrgicas, sem ondas peristálticas visíveis e com discreta circulação colateral periumbilical do tipo caput medusae. Ruídos hidroaéreos normofonéticos e bem distribuídos nos quatro quadrantes abdominais. À hepatimetria, notou-se fígado diminuto. À palpação, borda normal e textura rígida. Traube livre. Baço não palpável à manobra de Schuster. Ausência de dor na compressão de ponto cístico à inspiração. Exames laboratoriais relevantes: TGO 54 (ref: 0-45), TGP 61 (ref: 0-50) TP 15s (ref: 10-14s) RNI 1,5 (ref: 1-1,4). O Diagnóstico mais provável e a melhor conduta a ser tomada, neste caso, são:
- a) Úlcera Duodenal: Omeprazol 20mg em jejum, Dieta, Endoscopia Digestiva Alta.
 - b) Varizes Esofágicas: Hidratação, Antibiótico, Vasopressor, Endoscopia Digestiva Alta.
 - c) Úlcera Gástrica: Omeprazol 20mg 12/12 horas, Endoscopia Digestiva Alta.
 - d) Síndrome de Mallory Weiss: Hidratação, Antibiótico, Endoscopia Digestiva Alta.
 - e) Tumor de Estômago: Hidratação, Endoscopia Digestiva Alta.

- 27.** Dona Maria, 63 anos, diabética e hipertensa, em tratamento conservador devido à doença renal crônica, apresenta lombalgia intensa com irradiação para o membro inferior direito, fazendo-a procurar, inúmeras vezes, a emergência, onde sempre recebe diclofenaco de potássio e dipirona. Faz uso regular de captopril, metformina e se automedica com nimesulida esporadicamente na tentativa de controlar a dor crônica. Ao exame físico, apresenta PA de 130x85 mmHg, FC 52 bpm, pulmões limpos, BCNF RCR 2T sem sopros, glicemia de 138mg/dL (sem jejum) e diurese clara. Sobre essa situação, é correto afirmar que:
- o mecanismo de lesão do diclofenaco se dá por rabdomiólise.
 - o mecanismo de lesão da nimesulida se dá por uma vasodilatação aguda na arteríola aferente.
 - o captopril pode auxiliar na redução progressiva da função renal.
 - o captopril deve ser trocado por propranolol.
 - a nimesulida deve ser trocada por um inibidor seletivo da ciclooxigenase-1.
- 28.** Doente do sexo masculino, 25 anos, estudante, natural e residente na Bahia. Saudável até Novembro de 2015, busca assistência médica por diarreia aquosa, com mais de 10 evacuações/dia, surgindo igualmente durante a noite, sem sangue ou muco, mas por vezes com restos alimentares, associada a dores articulares (de predomínio nos joelhos e tornozelos), edemas dos membros inferiores e emagrecimento (cerca de 10 kg em 1 mês - de 69 Kg para 59 Kg - IMC:19,25kg/m²). Ao exame físico, apresenta-se desidratado +, anictérico. Tireoide palpável, com características normais. Sem alterações na ausculta pulmonar e cardíaca. O abdômen apresenta timpanismo generalizado à percussão, sem evidência de massas palpáveis. Edema bilateral dos membros inferiores com Godet+. Não foram identificadas adenomegalias cervicais, axilares ou inguinais. Não foram identificadas lesões cutâneas ou alterações dos fâneros. Através dos exames clínicos e laboratoriais foi diagnosticado como Doença Celíaca. O exame padrão ouro utilizado para este diagnóstico, é:
- Exame Histopatológico
 - Anticorpo Antigliadina
 - Anticorpo Antiendomísio
 - Anticorpo Antitransglutaminase
 - Teste de Schiller
- 29.** A lesão clássica da Doença Celíaca consiste em mucosa plana ou quase plana, com criptas alongadas e aumento de mitoses, epitélio superficial cuboide, com vacuolizações, borda estriada borrada, aumento do número de linfócitos intraepiteliais e lâmina própria com denso infiltrado de linfócitos e plasmócitos. Sobre seu estadiamento, é correto afirmar que:
- Estágio 0 - (padrão infiltrativo), em que a arquitetura da mucosa apresenta-se normal com aumento do infiltrado dos linfócitos intraepiteliais.
 - Estágio I - (padrão pré-infiltrativo), com fragmento sem alterações histológicas.
 - Estágio II - (lesão hiperplásica), caracterizado por atrofia total com hipoplasia críptica, considerada forma possivelmente irreversível.
 - Estágio III - (padrão destrutivo), em que há presença de atrofia vilositária, hiperplasia críptica e aumento do número de linfócitos intraepiteliais.
 - Estágio IV - (padrão hipoplásico), caracterizado por alargamento das criptas e aumento do número de linfócitos intraepiteliais.
- 30.** Paciente de 23 anos chega à UBS referindo hematoquezia e tenesmo. O quadro se intensificou em um mês, com surgimento de dor retal, que persistia após a evacuação. Oito meses depois, recebeu o diagnóstico de duas fissuras anais e foi tratado com AINES, analgésicos e pomada anestésica. Com a falha do tratamento e perda ponderal de 9kg, foi submetido a uma fissurectomia após 3 meses. Após a realização de colonoscopia com biópsia, observam-se lesões ulceradas, entremeadas de áreas com mucosa normal, acometimento focal, assimétrico, presença de granuloma não caseoso e acometimento transmural. Através dos achados clínicos e laboratoriais, o diagnóstico mais provável é:
- Câncer de intestino Delgado
 - Retocolite Ulcerativa
 - Doença de Crohn
 - Colite Pseudomembranosa
 - Doença de Behçet

- 31.** Mulher, 63 anos, aparentemente saudável até cinco meses atrás, quando iniciou quadro de diarreia com cerca de 4 evacuações diárias, hematoquezias em moderada quantidade, sem associação a esforços ao evacuar e sem outras queixas, nomeadamente proctalgia, mucorreia e sem evidência clínica de manifestações extra intestinais. Nos antecedentes pessoais, não havia dados relevantes a registrar, com a exceção da doente ter abandonado os hábitos tabágicos, de cerca de 20 cigarros por dia, dois anos antes. Antecedentes familiares negativos para doença inflamatória intestinal e/ou carcinoma colorretal. Dois meses após o início dos sintomas, realizou colonoscopia total que revelou aspectos endoscópicos sugestivos de proctite ulcerosa (Mayo endoscópico 2). O exame histológico mostra fragmentos de mucosa do intestino distal ulcerado, com ligeira distorção arquitetural e moderado infiltrado linfocitário, sem displasia. Estas alterações são mais marcadas no reto e sigmoide distal, estando, contudo, também presentes noutros segmentos do cólon. Com base na classificação de MONTREAL, é correto afirmar que se trata de uma:
- Proctite ou retite: com doença limitada ao reto.
 - Colite esquerda: quando afeta o cólon proximal à flexura esplênica.
 - Pancolite: acometimento de porções distal à flexura esplênica.
 - Colite direita: quando afeta o cólon distalmente a flexura esplênica.
 - Pancolite: acometimento de proximal distal à flexura hepática.
- 32.** Paciente de 62 anos é levado por sua filha ao serviço de urgência referindo fortes dores no peito e desmaio após ajudar sua esposa a arrastar o sofá. Há cerca de 6 meses vem apresentando tonturas e escurecimento das vistas, que o obrigam a sentar, acarretando assim melhora dos sintomas. Refere HAS há 40 anos, atualmente em uso de Losartana 50mg 12/12 horas. Exame físico: PA 150/90 mmHg, FC 96 bpm, bulhas rítmicas com sopro mesossistólico e fenômeno de Gallavardin. Eletrocardiograma revela sinal de Sokolow-Lyon, ecocardiograma apresenta área valvar aórtica $\leq 0,8\text{cm}^2$. O diagnóstico mais provável e a conduta, neste caso, são:
- coarctação de aorta: stent vascular.
 - estenose aórtica: troca valvar.
 - insuficiência aórtica: plastia valvar.
 - refluxo Tricúspide: betabloqueador.
 - sinal de Musset: bloqueador do canal de cálcio.
- 33.** Um homem de 69 anos de idade acompanhado no ambulatório de clínica médica com história de dor abdominal e perda de peso. Ao exame, apresenta palidez e dor no hipocôndrio direito. O hemograma revela anemia hipocrômica, microcítica e anisocitose. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada para o caso.
- Solicitação de eletroforese de hemoglobina e prescrição de sulfato ferroso junto das refeições.
 - Solicitação de dosagem de ferro, prescrição de sulfato ferroso e vitamina B12 e avaliação em três meses, pois o hemograma tende a retornar a valores normais após esse período.
 - Solicitação da dosagem de ferro, ferritina e investigação da causa da anemia e do emagrecimento.
 - Solicitação da dosagem de ferro, bilirrubinas, DHL, tomografia do abdome e prescrição de sulfato ferroso e vitamina C.
 - Solicitação de haptoglobina, bilirrubinas, DHL e prescrição de ácido fólico e vitamina B12.
- 34.** Uma senhora de 79 anos foi trazida ao ambulatório pela filha devido quadro de esquecimentos para fatos recentes, que teve início há 1 ano e 4 meses. Nos últimos 4 meses, houve acentuação do quadro, vindo a ocorrer um episódio em que, ao sair de casa, teve que ser trazida por vizinhos, pois não soube retornar. Apresenta déficit de compreensão para realizar tarefas domésticas habituais como por exemplo fazer um chá. Para uma abordagem clínica inicial, devemos:
- avaliar a história clínica, comorbidades e aplicar o teste minimental e do relógio.
 - solicitar de imediato uma angiorressonância cerebral com contraste.
 - encaminhar para tratamento psiquiátrico por provável quadro de ansiedade.
 - quadro clínico sugestivo de depressão e aplicar a escala de depressão geriátrica.
 - investigar provável quadro de hipotireoidismo e solicitar TSH e T4 livre.

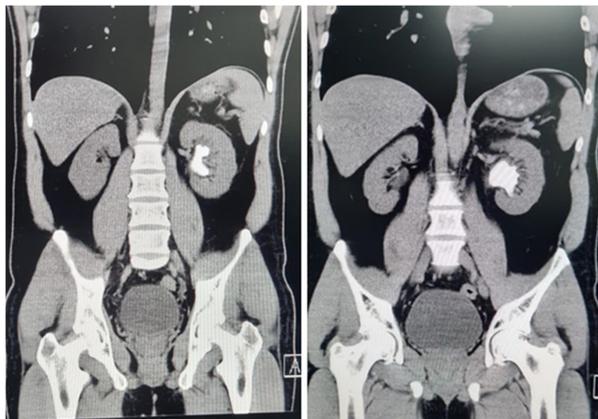
- 35.** Um empresário da construção civil de 58 anos foi internado com quadro de febre de 39,5°C acompanhada de calafrios e taquicardia. A radiografia do tórax mostrou infiltrado na base do pulmão direito. Iniciou tratamento com Ceftriaxona 2g/dia por via endovenosa. No 3º dia, duas hemoculturas coletadas separadamente no dia da internação demonstram o crescimento de *Staphylococcus aureus* resistente a Oxacilina. Entre as alternativas abaixo o antibiótico mais apropriado para o tratamento é:
- a) Cefalotina
 - b) Ciprofloxacina
 - c) Polimixina B
 - d) Vancomicina
 - e) Amicacina
- 36.** Um homem de 30 anos de idade que foi submetido a cirurgia de bypass gástrico com 26 anos, procura atendimento referindo dores ósseas generalizadas e fraqueza. Na consulta, o médico assistente levantou a hipótese de hipovitaminose D. Sobre a vitamina D, é correto afirmar que:
- a) após ser produzida na pele na forma de vitamina D3, esta é transformada em vitamina D2 no intestino delgado.
 - b) são causas de hipovitaminose D: doença hepática colestática, doença celíaca, doença inflamatória intestinal e síndrome nefrótica.
 - c) a vitamina D é uma vitamina hidrossolúvel (solúvel em água), absorvida no intestino e transportada pelo sistema circulatório até os tecidos.
 - d) nos seres humanos, 80% a 90% da vitamina D provém da dieta, sendo a vitamina D3 (origem animal) e a vitamina D2 (origem vegetal).
 - e) na osteomalácia a fosfatase alcalina e o PTH estão reduzidos.
- 37.** Um motorista de aplicativos de 45 anos que tem sido perturbado por episódios recorrentes de vertigem grave associada a vômitos, perda auditiva sensorio-neural confirmada e sensação de plenitude auricular com pico de minutos e melhora espontânea em horas. No exame clínico é identificado um nistagmo horizontal de curta duração. A marcha é normal, no teste de Romberg, tendência a queda para direita ao fechar os olhos. De acordo com esses achados o diagnóstico mais provável é:
- a) Doença de Ménière.
 - b) Vertigem de origem central.
 - c) Neurinoma do acústico.
 - d) Vertigem paroxística posicional benigna.
 - e) Neuronite vestibular.
- 38.** Uma senhora, com 56 anos de idade, procura o serviço de urgência por causa de dor epigástrica súbita com intensidade 7, numa escala de 0 a 10, em que 10 indica a dor mais severa, acompanhada de náuseas e vômitos, que vem piorando nas últimas 18 horas. Ela nega ingestão alcoólica, tem diabetes melito tipo 2 há 5 anos, fazendo uso regular de gliclazida 30mg 2 x dia. No último ano apresentou episódios semelhantes com menor intensidade sem relação com a alimentação. No exame de abdome existe dor à palpação profunda no quadrante superior direito, sinal de Jobert negativo, espaço de Traube livre, ruídos hidroaéreos discretamente diminuídos. A temperatura axilar é de 38,5°C encontra-se corada, anictérica e hemodinamicamente estável. De acordo com o caso acima, é correto afirmar que:
- a) a história é sugestiva de angina intestinal e está indicada angiotomografia intestinal.
 - b) a história negativa para ingestão alcoólica descarta pancreatite aguda.
 - c) é provável que seja uma úlcera péptica penetrada no pâncreas e está indicada endoscopia de urgência.
 - d) a ausência de icterícia exclui colecistite aguda.
 - e) é provável que seja um quadro de colecistite aguda complicada e está indicada uma ultrassonografia abdominal de urgência.
- 39.** Um médico de família constatou que um homem de 40 anos de idade apresentou, em três visitas ao consultório, níveis de pressão arterial iguais a 130 mmHg × 80 mmHg (1ª visita), 125 mmHg × 80 mmHg (2ª visita) e 130 × 85 mmHg (3ª visita). O paciente realizou exame de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). O resultado apresentou valores anormais na média da pressão arterial (nas 24 horas) – igual a 145 mmHg × 95 mmHg. Considerando essas informações, o diagnóstico mais provável nessa condição, é de hipertensão arterial:
- a) Mascarada
 - b) Residencial
 - c) Controlada
 - d) Rapidamente progressiva
 - e) Do jaleco branco

- 40.** Um advogado de 70 anos apresenta história de 3 meses de dor persistente envolvendo os ombros, cintura pélvica e cervical; rigidez matinal de mais de 1 hora e artrite leve dos punhos. Nos exames é evidenciada anemia discreta com hemoglobina de 10.7g/d, velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada de 90mm/hora. O fator reumatoide, anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico (Anti-CCP) e FAN todos negativos. Não apresenta nenhuma evidência de erosões articulares nas radiografias das articulações das mãos e punhos. A intervenção terapêutica inicial mais adequada, neste caso, é:
- a** Naproxeno 500mg 2 x dia.
 - b** Hidroxicloroquina 200mg 2 x dia.
 - c** Ciclosporina 100mg/dia.
 - d** Prednisona 15mg/dia.
 - e** Dexametasona 8mg 2 x dia.
- 41.** Mulher de 28 anos, sem comorbidades, chega ao pronto-socorro com múltiplos ferimentos corto-contusos superficiais em membros inferiores devido fragmentação do vidro que compõe o boxe do banheiro, durante seu banho. Após limpeza e avaliação dos ferimentos, não foi percebido lesões de estruturas nobres, sendo iniciado a anestesia com lidocaína a 2 % e sutura da pele de cada ferimento. Após 40 minutos de procedimento, anestesiando os últimos ferimentos, paciente refere mal-estar geral e dormência perioral, evoluindo com alteração do nível de consciência. Quanto ao caso clínico, a conduta mais adequada é:
- a** substituir o anestésico local lidocaína por outro anestésico como bupivacaína, para terminar o procedimento.
 - b** diluir a lidocaína a 2% com o mesmo volume de água destilada transformando-a em uma solução a 0,5%, e terminar o procedimento.
 - c** terminar de anestésiar as feridas e abreviar o tempo de sutura solicitando a presença de um cirurgião.
 - d** alcalinizar a solução de lidocaína com bicarbonato de potássio, o que provocaria menor tempo de latência e menor risco de evento adverso.
 - e** parar o procedimento, iniciar hidratação endovenosa, oxigênio por cateter e posicionar o paciente em posição de Trendelenburg.
- 42.** Homem de 32 anos, vítima de ferimento por arma branca em região de raiz da coxa esquerda, chega ao pronto-socorro em cadeira de rodas trazido por populares. Durante a exploração da ferida na sala de emergência, é identificado sangramento pulsátil da artéria femoral. O melhor instrumental para realizar a hemostasia temporária local até a chegada do cirurgião vascular, é:
- a** Kelly
 - b** Crile
 - c** Satinsky
 - d** Kocher
 - e** Babcock
- 43.** Paciente de 45 anos, sem comorbidades, submetido a laparotomia exploradora por conta de trauma abdominal fechado em um acidente automobilístico, sendo necessário realização de colectomia esquerda, com colostomia a Hartmann. Devido a gravidade do quadro, o cirurgião manteve jejum no pós-operatório. Quanto a evolução metabólica deste paciente, é correto afirmar que:
- a** o jejum pode permanecer por até sete (7) dias sem risco de hipoglicemia, considerando que as reservas de glicogênio hepático são suficientes para este período.
 - b** a glicogenólise utiliza os aminoácidos derivados da proteólise do músculo esquelético, o glicerol derivado da degradação de triglicerídeos e o lactato produzido a partir de glicólise anaeróbica.
 - c** com o jejum prolongado, a β -oxidação hepática de ácidos graxos produz corpos cetônicos, acetoacetato e 3-hidroxiacetil-CoA, usados pelo músculo cardíaco, esquelético e córtex renal.
 - d** o elevado catabolismo proteico causado pelo jejum e a liberação de aminoácidos para a glicogenólise levam ao excesso de produção de nitrogênio e da excreção de ureia pelos rins.
 - e** após a cirurgia, as citocinas pró-inflamatórias estimulam a secreção de cortisol e catecolaminas, e inibem a produção de glucagon, para manter o nível de glicose sanguínea adequado.

- 44.** Durante a realização de exame clínico de um rapaz de 18 anos, para alistamento militar, o médico identificou, à manobra de Valsalva, saco herniário em região inguinal esquerda que se exterioriza através do anel inguinal profundo levemente alargado. A correlação anátomo-clínica adequada é:
- a** trata-se de uma hérnia indireta que se exterioriza lateralmente aos vasos epigástricos inferiores.
 - b** trata-se de uma hérnia direta que se exterioriza através do triângulo de Hasselbach.
 - c** trata-se de uma hérnia mista que se desliza através do triângulo de Hessel.
 - d** trata-se de uma hérnia indireta que se exterioriza através da fáscia transversalis.
 - e** trata-se de uma hérnia direta que se exterioriza abaixo do ligamento inguinal.
- 45.** Uma fritadeira elétrica foi esquecida ligada em uma lanchonete, causando chamas sobre o óleo de fritura e muita fumaça. Na tentativa de apagar o fogo, o auxiliar de cozinha jogou uma panela com água sobre as chamas, o que culminou com uma grande explosão. Levado às pressas ao pronto-socorro (PS), o funcionário estava consciente, respirando com estridor, retração esternal e com edema e queimaduras de 2º. e 3º. graus em face, tórax anterior e membros superiores. Durante a avaliação inicial, foi verificado a saturação de oxigênio com oxímetro de pulso que demonstrava 97%. Em relação a este caso, é correto afirmar que:
- a** não há sinais de intoxicação por monóxido de carbono que indiquem coleta de gasometria arterial.
 - b** a hidratação deve ser feita com cateter endovenoso central, neste caso pela veia femoral.
 - c** o volume total de líquido calculado pela fórmula de Parkland deve ser infundido em 8h.
 - d** o antibiótico endovenoso de largo espectro deve ser iniciado na primeira hora de atendimento.
 - e** a intubação endotraqueal deve ser procedida mesmo com o paciente chegando consciente ao PS.
- 46.** Homem de 65 anos vai a consulta queixando-se de dificuldade miccional. Refere nictúria de 2x, jato fraco e entrecortado, sensação de esvaziamento incompleto, sem urgência miccional. Realizado o toque retal, foi evidenciado uma próstata de 60 gramas, com sulco mediano apagado, sem nódulos, fibroelástica. Tinha um PSA total de 3 meses atrás com valor de 4,5 ng/ml e relação do PSA livre/total de 22%. A classe de medicamentos de primeira linha no controle dos sintomas deste paciente é:
- a** Beta 3-agonista.
 - b** Fitoterápico.
 - c** Alfa-bloqueador.
 - d** Anticolinérgico.
 - e** Alfa-adrenérgico.
- 47.** Mulher de 78 anos, diabética, com história de queda da própria altura, durante a noite quando foi ao banheiro, encontrada no dia seguinte deitada no chão, com dor em quadril e incapaz de se levantar sem auxílio. Foi levada para unidade de pronto atendimento (UPA), onde foi identificado fratura de fêmur direito, hemoglobina de 11,8 g/dl, leucócitos 9200/microL, glicemia 140mg/dl, creatinina 1,5 mg/dl, urina EAS 20 piócitos por campo (VR: até 5 piócitos por campo). Considerando o caso acima, a conduta mais adequada é:
- a** internação em hospital de retaguarda e tração de membro inferior direito por 14 dias.
 - b** iniciar antibioticoterapia empírica para foco urinário e preparar para operar o quadril rapidamente.
 - c** tratamento conservador domiciliar, com decúbito passivo no leito e fisioterapia após 14 dias.
 - d** iniciar anti-inflamatórios orais para redução do edema e avaliação ambulatorial da ortopedia.
 - e** solicitar cultura de urina com antibiograma e aguardar o resultado para decidir sobre cirurgia.

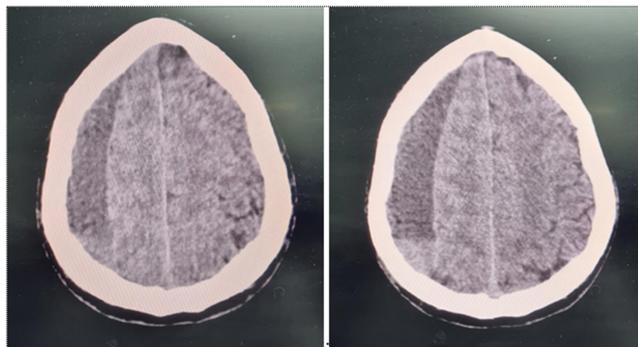
- 48.** Mulher de 56 anos, feirante, vem se queixando de dor epigástrica há uma semana, associada a eructação frequente e sensação de plenitude gástrica. Há um dia, apresentou episódio de fezes enegrecidas e amolecidas, o que a fez procurar auxílio médico. A endoscopia digestiva alta teve como diagnóstico úlcera gástrica Forrest III e teste da urease positivo para *H. pylori*, com gastrite antral. Em relação ao quadro, é correto afirmar que:
- a** a formação da úlcera péptica precede a infecção por *H.pylori*, que se utiliza da solução de continuidade da mucosa para se alojar dentro ou abaixo da mesma.
 - b** o *H.pylori* é um potente produtor de urease, que é capaz de dividir a ureia em amônia e bicarbonato, criando um microambiente alcalino em um meio ácido do ambiente gástrico.
 - c** para aumentar a acuidade e diminuir os casos de falso-negativos na pesquisa de *H.pylori* pelo teste da urease, é necessário iniciar inibidores das bombas de prótons, antes da endoscopia.
 - d** o teste não invasivo baseado em sorologia que avalia a presença de anticorpos IgG para o *H. pylori* é o método de escolha para avaliar a erradicação da bactéria pós-tratamento.
 - e** o tratamento de erradicação do *H.pylori* com a terapia tripla inclui um inibidor da bomba de próton por 4 semanas, claritromicina e tetraciclina por 7 a 10 dias.
- 49.** Homem de 65 anos, apresentando dor abdominal de forte intensidade, de início súbito, associada a náuseas e vômitos, e com 12 horas de evolução. Durante a avaliação física, identificado paciente consciente, pulso 72 bpm, PA 140 x 90 mmHg, eupneico, anictérico, com dor abdominal em hipocôndrio direito e epigástrico na palpação profunda, Murphy positivo, Giordano negativo. Exames colhidos na admissão demonstram Hematócrito de 42%, Hemoglobina 11,5 g/dl, Leucócitos de 10600/microL. Creatinina 1,2 mg/dl, Bilirrubina direta -0,4 mg/dl e bilirrubina indireta 0,6 mg/dl, amilase 80 U/L, proteína C reativa 20 mg/dl. Ultrassonografia de abdome demonstra colecistopatia calculosa aguda e colédoco com 10 mm de diâmetro. A conduta mais adequada para o caso é:
- a** internação para antibioticoterapia de largo espectro, até melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais, e operar eletivamente após 4 a 6 semanas.
 - b** internação para avaliação diagnóstica com colangiopancreatografia por ressonância magnética e em caso de coledocolitíase, realizar coledocoduodenostomia.
 - c** internação para avaliação diagnóstica com tomografia de abdome e para realização de colecistectomia nas próximas 48h.
 - d** internação para realização de colecistectomia videolaparoscópica e colangiografia intraoperatória transcística nas próximas 48h.
 - e** internação para colangiopancreatografia retrógrada endoscópica imediata e realização de colecistectomia após 4 a 6 semanas.
- 50.** Paciente 22 anos, vítima de queimadura por escaldadura, chega ao pronto atendimento com muita dor (gritando muito). No exame físico você percebe queimadura de 2º grau acometendo toda face anterior do tórax e abdome, dos dois braços e das duas pernas. Considerando o quadro apresentado é correto afirmar que:
- a** não é possível ao médico, pelo exame físico determinar a profundidade da queimadura, para definir a terapêutica. O exame padrão ouro para esta finalidade é a dopplerfluxometria a laser multissensível.
 - b** as queimaduras de segundo grau são divididas em dois tipos: superficiais e profundas e ambas têm algum grau de comprometimento dérmico.
 - c** estes tipos de queimaduras (de 2º grau) são de espessura total através da derme, epiderme e subcutâneo e se caracterizam por escara dura, semelhante ao couro.
 - d** pacientes com queimaduras de segundo grau requerem enxertos de pele autócrino para cicatrizarem em tempo hábil.
 - e** como houve lesão em mais de 40% da superfície corpórea, o médico deveria ter classificado as queimaduras como de 3º grau, ou seja, um paciente grande queimado.

- 51.** Paciente 32 anos, apresentando episódios de dor lombar e abdominal associado à náuseas e vômitos. No exame físico apresenta dor à palpação profunda de flanco esquerdo, com descompressão brusca negativa e com Giordano negativo. Os sinais vitais estão estáveis. Realizou TC do abdome sem contraste, representada abaixo. Diante deste quadro e exame de imagem a melhor conduta para resolução do caso é:



- a) pieloplastia videolaparoscópica.
 - b) reimplante vesicoureteral extravascular.
 - c) nefroureterectomia radical.
 - d) embolização de vasos renais.
 - e) nefrolitotripsia percutânea.
- 52.** Paciente 32 anos com quadro de dor escrotal e perineal que se iniciou há 4 dias acompanhado de febre de 39°C. Foi ao pronto socorro em 3 ocasiões e realizou exames laboratoriais que mostraram leucócitos aumentados (20.000 leucócitos sem desvio) e discreta elevação da creatinina (1,5 mg/dl). Foi solicitado um USG que mostrou coleção de 30 ml em linha média do períneo (provável abscesso). Foi iniciado antibioticoterapia com ciprofloxacina via oral. O paciente chega em seu consultório com queixa de muita dor, não conseguindo sentar-se. No exame físico há abaulamento perineal, muito doloroso ao toque e turgido. Os testículos estão normais e há pequena hemorroida e fissura anal. A melhor conduta a ser tomada, neste caso, é:
- a) trocar o antibiótico para ampliar o espectro de ação, associar à analgésicos opioides e reavaliar em 48 horas.
 - b) internar o paciente, iniciar o protocolo de sepsis e solicitar RNM da pelve com contraste para definir a necessidade de cirurgia.
 - c) realizar retossigmoidoscopia para afastar o diagnóstico de provável fístula anal.
 - d) internar o paciente para realizar drenagem do abscesso e desbridamento de tecidos necróticos e escalonar antibioticoterapia.
 - e) manter antibioticoterapia, iniciar banho de assento com água morna e pomadas analgésicas e cicatrizantes devido à fissura anal.

- 53.** Idoso 82 anos, chega ao pronto socorro com quadro de confusão mental, rebaixamento do nível de consciência e hemiparesia à esquerda. No momento apresenta 12 pontos na escala de coma de Glasgow. Foi atendido no mesmo pronto socorro 30 dias antes devido queda da própria altura, com TCE, mas foi liberado após realizar sutura e uma TC de crânio que não apresentava alterações. Agora realizou nova TC de crânio, demonstrada abaixo.



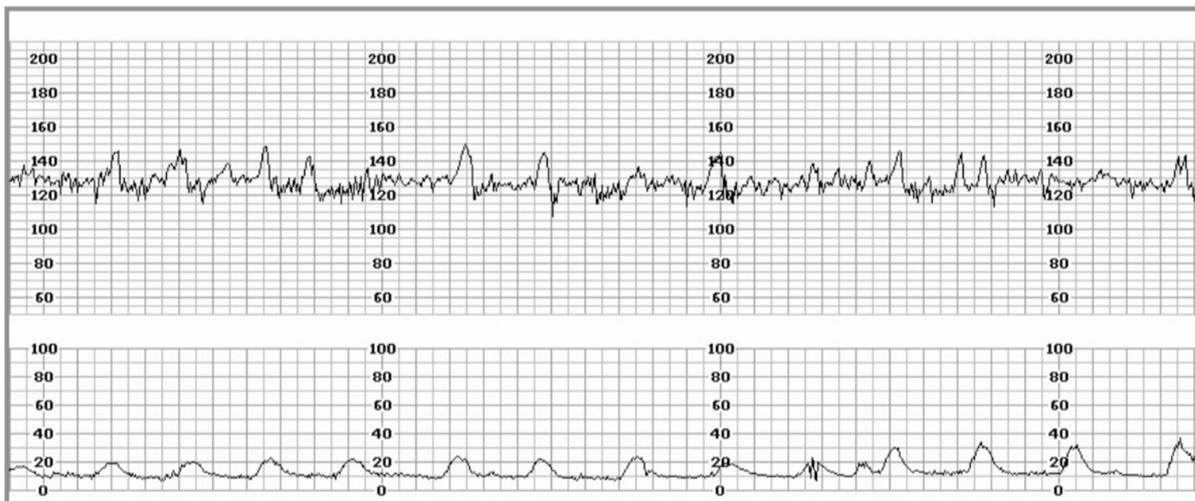
- Com base na imagem acima, o provável diagnóstico, deste paciente, é:
- a) Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico à esquerda com efeito de massa.
 - b) Acidente Vascular Encefálico Isquêmico à direita com desvio de linha média para esquerda.
 - c) extenso hematoma extra dural agudo à direita, provocando desvio da linha média.
 - d) extenso hematoma subdural crônico à direita com desvio da linha média para esquerda.
 - e) hidrocefalia moderada à esquerda com apagamento dos ventrículos cerebrais.
- 54.** Entregador de pizzas sofre queda da moto após colidir com um cachorro e chega ao pronto socorro em choque hipovolêmico que foi revertido e estabilizou após 1500 ml de ringer lactato endovenoso. No exame físico do trauma, a única alteração encontrada foi dor lombar à esquerda, dor abdominal em flanco esquerdo e hematúria macroscópica na sonda vesical. A melhor conduta diagnóstica e justificativa para tal conduta neste paciente é:
- a) Ultrassom focado para o trauma (USG F.A.S.T.), devido à instabilidade hemodinâmica inicial.
 - b) Urografia excretora devido a suspeita de trauma renal grau I.
 - c) Uretrocistografia miccional devido a suspeita de fratura de bacia com lesão uretral.
 - d) TC do abdome com contraste endovenoso devido a estabilidade hemodinâmica.
 - e) realização de lavado peritoneal diagnóstico, devido melhor sensibilidade na detecção de lesões intestinais.

- 55.** Homem 40 anos obeso, portador de Síndrome de Down, com macroglossia, apresentou crise convulsiva por 05 minutos. O SAMU foi acionado e na chegada da equipe de suporte avançado, o paciente encontrava-se em aparente pós ictal e com respiração ruidosa, mas evoluiu rapidamente para parada cardiorrespiratória. Foi iniciada compressão torácica que foi mantida por 2 minutos. Na chegada do desfibrilador verificou-se ritmo sinusal e no exame físico havia novamente pulso central palpável, mas paciente não respirava. A equipe do SAMU opta por via aérea definitiva para este paciente. Em relação ao manejo da via aérea deste paciente é correto afirmar que:
- a** por tratar-se de via aérea difícil, o médico do SAMU deve estar preparado para vias aéreas alternativas, desde a máscara laríngea até a cricotireoidostomia de urgência.
 - b** por tratar-se de paciente com Síndrome de Down e macroglossia, está indicado traqueostomia de urgência na ambulância.
 - c** o socorrista deve evitar procedimentos mais invasivos, portanto está indicado introduzir uma máscara laríngea, devendo o procedimento de intubação ser realizado em ambiente hospitalar.
 - d** estes pacientes são mais bem conduzidos com ventilação não invasiva (VNI), sendo o modo CPAP preferido em relação ao BIPAP, por diminuir a necessidade de intubação orotraqueal.
 - e** o paciente continua em parada cardiorrespiratória e está indicado reiniciar reanimação cardiorrespiratória na proporção de 30 compressões para 2 ventilações.
- 56.** Homem de 43 anos, hipertenso e diabético, iniciou reeducação alimentar e atividade física e perdeu 40 kg em 1 ano. Durante atividade na academia, percebeu um caroço em região inguinal direita que surgia após esforço físico. Relata que inicialmente só sentia um incômodo, mas agora o caroço cresceu e parece uma laranja. Ao examinar o paciente você diagnostica uma hérnia inguinal à direita do tipo direta. Nestes casos é correto afirmar que:
- a** as hérnias diretas são decorrentes de persistência do conduto peritônio vaginal e devem ser tratadas cirurgicamente com redução do saco herniário e ligadura em sua base.
 - b** as hérnias diretas podem ser tratadas por via aberta ou laparoscópica, sendo importante o reforço da parede abdominal com telas sintéticas.
 - c** independente do tipo de hérnia (direta, indiretas ou mistas), o saco herniário deve ser reduzido e ressecado e o reforço da parede abdominal deve ser realizado pela técnica de Bassini.
 - d** as hérnias diretas são decorrentes da fraqueza da parede abdominal devido à perda aguda de peso, devendo-se orientar readequação alimentar para ganho de peso.
 - e** as hérnias diretas são mais comuns em crianças, portanto uma ressonância magnética deve ser realizada para confirmar o diagnóstico.
- 57.** Homem, 72 anos, refere alteração no hábito intestinal há 6 meses, passando a evacuar várias vezes ao dia, com muco e estrias de sangue nas fezes. Familiares referem que paciente apresenta perda de apetite e perda ponderal de 10kg no período. A abordagem inicial, o provável diagnóstico e o tratamento mais adequado são:
- a** exame proctológico - neoplasia de reto - radioterapia/quimioterapia e/ou cirurgia.
 - b** colonoscopia - neoplasia colorretal - cirurgia transanal.
 - c** retoscopia - neoplasia de sigmoide - radioterapia.
 - d** toque retal - neoplasia de próstata - prostatectomia.
 - e** palpação do abdome - neoplasia gástrica - gastrectomia com linfadenectomia.

- 58.** Um homem de 31 anos estava a 60km/h numa motocicleta e colidiu contra um automóvel que vinha na contramão. Foi ejetado. Estava de capacete. Levado pelo Resgate, chega ao pronto-socorro imobilizado em prancha rígida, com colar cervical. A via aérea está pérvia e não tem enfisema cervical nem desvio de traqueia. A expansibilidade torácica está diminuída à esquerda. A ausculta mostra murmúrio vesicular abolido desse lado e macicez à percussão. Saturação de oxigênio, com máscara: 89%. Sente-se crepitação na palpação do esterno. Pulso: 115 bpm, regular; PA: 100× 60 mmHg. Glasgow: 14. Não há outras lesões evidentes na avaliação inicial. A conduta inicial mais adequada, neste caso é:
- toracotomia de reanimação.
 - cricotireoidostomia para garantir a via aérea e avaliação de urgência do especialista da Cirurgia Torácica.
 - drenagem pleural esquerda sob selo d'água.
 - intubação traqueal e tomografia de corpo inteiro.
 - descompressão torácica esquerda no 2º espaço intercostal, pois é um pneumotórax hipertensivo, seguida de drenagem pleural sob selo d'água.
- 59.** Homem, 61 anos, foi vítima de queimadura com álcool na perna há 15 anos. Desde então passou por múltiplos procedimentos de enxerto de pele e retalhos. É hipertenso e diabético insulino dependente. Apresenta uma úlcera na perna esquerda que vem tratando há anos, sem melhora efetiva. Refere piora nos últimos meses. Ao exame físico: BEG / Membros inferiores com pulsos presentes Femoral +4 / Popliteo +4/ Tibiais anteriores e posteriores +4 bilateralmente. Úlcera em região tibial de perna esquerda, medindo 6x5 cm, de odor fétido e bordos mal definidos. Diante desse quadro, a principal hipótese diagnóstica e conduta mais adequada são:
- paciente apresenta Oclusão arterial crônica. A úlcera é devido à descompensação das doenças de base, como hipertensão e diabetes.
 - paciente está com um quadro de Oclusão arterial aguda. Necessita de internação e passagem de Fogarty.
 - úlcera de Marjolin, raio - x para descartar osteomielite (região tibial com pele fina, pode acometer o osso), antibioticoterapia e curativo.
 - úlcera de Martorell, frequente em pacientes hipertensos. Deve-se otimizar o tratamento da hipertensão e fazer curativo diário no ambulatório.
 - úlcera de Marjolin, biópsia incisional por estar associado a Carcinoma Espinocelular.
- 60.** Mulher, 55 anos, trabalha na roça há 40 anos. Foi em consulta ambulatorial no posto de saúde por conta de uma lesão no pé que começou a aumentar e sangrar. Lesão de 3x3 cm, aspecto ulcerado, de cor preta, de bordos mal definidos. Feita biópsia no mesmo dia. Após 2 semanas, você recebe o resultado do anatomopatológico que relata: Melanoma Acral, Breslow de 2mm, 2 mitoses por campo. Sobre o caso clínico e a doença apresentada, é correto afirmar que:
- o melanoma é oriundo das células da camada espinhosa da epiderme. Exposição solar prolongada está relacionado a esse tipo de tumor (fator ocupacional).
 - dentre os tipos de melanoma, o acral apresenta um prognóstico melhor do que o extensivo superficial.
 - paciente precisa ter a margem da lesão ampliada com 2 cm e está indicada pesquisa do linfonodo sentinela.
 - após essa biópsia, paciente precisa fazer o seguimento ambulatorial de 3/3 meses para verificar se houve piora da lesão. Caso haja mudança do quadro, está indicado linfonodo sentinela e ampliação de margem de 1 cm.
 - o índice de Clark é tão importante quanto ao índice de Breslow no que diz respeito ao prognóstico do Melanoma.
- 61.** Paciente de 32 anos de idade, GI P0 AI, com hipertensão arterial crônica controlada, em uso de Nifedipina 40mg/dia. Ao exame físico, pressão arterial de 120x80 mmHg, peso 70 kg, com estatura de 1,58m. Veio a consulta relatando suspensão de método contraceptivo por desejo de gestar. Diante do caso relatado, a melhor conduta para prevenção da pré-eclâmpsia é:
- modificar o esquema anti-hipertensivo para alfametildopa.
 - indicar o uso de ácido acetilsalicílico entre 12 e 36 semanas de gestação.
 - indicar o uso de enoxaparina entre 12 e 36 semanas de gestação.
 - propor redução de peso.
 - indicar restrição de sal na dieta.

- 62.** Paciente de 25 anos de idade, GI P0 A0, no decorrer da 12ª semana de gestação, vem a consulta de pré-natal com resultados de exames laboratoriais de 1º trimestre dentre eles a glicemia em jejum que era 97mg/dL. Diante do resultado laboratorial, a melhor conduta é:
- a** realizar o teste oral de tolerância à glicose com 75g de glicose entre 24 e 28 semanas de gestação.
 - b** por apresentar rastreio negativo para diabetes melitus gestacional, deve seguir em pré-natal de baixo risco.
 - c** por apresentar diagnóstico de Diabetes prévio à gestação (overt diabetes), deve seguir em pré-natal de alto risco.
 - d** orientar retorno breve em duas semanas com perfil glicêmico, uma vez que a gestante já tem diagnóstico de Diabetes Mellitus gestacional.
 - e** tranquilizar a gestante e orientar que ela deve realizar exame de TOTG 75g na 24ª semana gestacional.
- 63.** Paciente do sexo feminino, 29 anos de idade, comparece ao ambulatório com queixa de ausência de menstruação há 07 meses, diminuição da libido e episódios de cefaléia intensa. Refere uso de amitriptilina, prescrito pelas crises de cefaléia. Ao exame físico das mamas, presença de descarga papilar branca bilateral. Apresenta dosagem de Prolactina de 45 ng/ml (VR: até 30 ng/mL) e a ressonância magnética de sela túrcica mostra adenoma hipofisário de 12 mm. Diante do caso exposto, a alternativa correta é:
- a** o efeito gancho deve ser avaliado.
 - b** deve ser dosada macroprolactina.
 - c** a dosagem de prolactina diluída deve ser solicitada, pensando em macroprolactinemia.
 - d** trata-se de hiperprolactinemia idiopática.
 - e** a hiperprolactinemia provavelmente é devido ao uso de amitriptilina.
- 64.** Paciente de 31 anos de idade, secundigesta, iniciou acompanhamento de pré-natal com 12 semanas de gestação, quando trouxe na consulta de rotina os exames de toxoplasmose com IgM e IgG reagentes. O teste de avidéz IgG para toxoplasmose, que veio com avidéz fraca. No cartão de pré-natal da gestação anterior, os resultados de IgM e IgG para toxoplasmose eram não reagentes. A conduta para a gestação atual é:
- a** repetir teste de avidéz.
 - b** prescrever espiramicina.
 - c** repetir toxoplasmose IgM e IgG.
 - d** pré-natal de risco habitual, pois a avidéz indica que a doença foi prévia a gestação.
 - e** prescrever apenas ácido fólico.
- 65.** Durante a assistência ao trabalho de parto de uma gestante primigesta com 39 semanas de gestação, não houve progressão para desprendimento do diâmetro biacromial após um minuto do desprendimento cefálico. Foi visualizada retração da cabeça fetal contra o períneo materno durante contrações. Diante desta situação de urgência obstétrica, a conduta mais adequada é:
- a** realizar episiotomia com propósito de aumentar os diâmetros da pelve materna e desfazer a distocia de ombros.
 - b** indicar parto instrumentalizado com fórcepe de Piper para desprendimento da cabeça derradeira.
 - c** rotação do feto pelo polo cefálico com manobra de pressão por um auxiliar no fundo uterino.
 - d** indicar parto instrumentalizado com auxílio de fórcepe de Simpson para abreviação do período expulsivo.
 - e** realizar flexão das pernas da parturiente em direção ao abdome, provocando alinhamento do sacro e aumento do diâmetro antero-posterior da pelve.
- 66.** Mulher de 39 anos de idade, veio à consulta para seguimento ginecológico com resultado de colpocitologia oncótica com atipia das células glandulares (AGC). Diante do caso exposto, a conduta mais adequada para a paciente (de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil) é:
- a** solicitar captura híbrida para HPV e repetir exame imediatamente.
 - b** repetir exame em seis meses.
 - c** investigação do canal endocervical com histeroscopia.
 - d** indicar conização por cirurgia de alta frequência.
 - e** cauterização da zona de transformação com ácido tricloroacético.
- 67.** Mulher, 17 anos de idade, refere início da vida sexual há 06 meses. Tem diagnóstico de enxaqueca com aura e útero septado. Sem alterações ao exame físico. O método contraceptivo e a orientação mais adequada para a paciente é:
- a** indicar coleta de colpocitologia oncótica agora e indicar Dispositivo Intrauterino de cobre.
 - b** contraindicar coleta de colpocitologia oncótica agora e prescrever Dispositivo intrauterino hormonal.
 - c** indicar coleta de colpocitologia oncótica agora e prescrever anticoncepcional oral combinado.
 - d** contraindicar coleta de colpocitologia oncótica agora e prescrever implante subcutâneo de etonogestrel.
 - e** indicar coleta de colpocitologia oncótica agora e indicar o uso de anel vaginal.

68. Paciente 28 anos de idade, no decorrer de 40 semanas de gestação, chega a maternidade com queixa de contrações uterinas fortes e perda de líquido há 30 minutos. O pré-natal foi sem intercorrências. Ao exame obstétrico foi observada dilatação cervical de 5 cm. Considerando o quadro clínico e a cardiocotografia da paciente em anexo, é correto afirmar que:



- a é uma cardiocotografia categoria 2, devendo-se reavaliar a vitalidade fetal após 15 minutos.
- b é uma cardiocotografia categoria 1, em gestante de risco habitual. Não há sinais de sofrimento fetal.
- c a variabilidade está aumentada e caracteriza o exame como categoria 3. Parto via alta está indicado.
- d é uma cardiocotografia categoria 2. Está indicada complementação com doppler obstétrico.
- e é uma cardiocotografia categoria 3, pois está presente o padrão sinusoidal, muito comum nos casos de hemólise fetal.
69. Feminino, 33 anos, G0P0, com desejo gestacional futuro vem à consulta ginecológica preocupada se poderá engravidar em 2025-2026. Na triagem inicial, para inferir a reserva ovariana desta paciente, marque a alternativa abaixo que contenha um exame adequado e o período que deverá ser realizado.
- a Hormônio Luteinizante (LH), no meio do ciclo.
- b Hormônio Folículo Estimulante (FSH), no início do ciclo.
- c Progesterona, na segunda fase do ciclo.
- d Estradiol, entre 10-15 dias do ciclo.
- e Testosterona livre, no início do ciclo.
70. Feminino, 32 anos, G0P0 (com desejo de gestar), traz resultado de Colpocitologia Oncótica demonstrando atipia celular escamosa de significado indeterminado (ASCUS). Realizou Colposcopia: presença de diminuto epitélio acetobranco tênue às 12 horas em colo uterino e biópsia de colo demonstrou lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)/ NIC2. O estudo imunohistoquímico da peça de biópsia demonstrou p16 positivo, Ki67 positivo. Baseado nos resultados apresentados, a conduta adequada para o caso é:
- a Exérese da Zona de Transformação (EZT).
- b curetagem de canal endocervical.
- c histerectomia total.
- d expectante.
- e cirurgia de Wertheim-Meigs.
71. A vacina quadrivalente contra o HPV (Papilomavirus Humano) é fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para meninas entre 9 e 14 anos, em 2 doses, para prevenção primária contra o câncer de colo uterino. Para meninas acima de 14 anos e/ou pessoas que convivem com o HIV preconizam-se 3 doses. Segundo o INCA (2016), o intervalo vacinal entre as 3 doses é de:
- a 0- 1- 6 meses.
- b 0- 2- 8 meses.
- c 0- 3- 8 meses.
- d 0- 2- 6 meses.
- e 0-6-12 meses.
72. Feminino, 43 anos, vem a consulta ginecológica. Refere descarga papilar unilateral, espontânea, sanguinolenta, oriunda de ducto único, em mama direita há 2 meses. Pele íntegra, sem lesões. Nestes casos, o diagnóstico mais frequente é:
- a câncer de mama.
- b papiloma intraductal.
- c abscesso mamário.
- d doença fibrocística da mama.
- e fibroadenoma.

- 73.** O Cistoadenoma mucinoso de ovário caracteriza-se por uma lesão ovariana de crescimento rápido. Dentre as opções que seguem, a principal consequência da ruptura do cistoadenoma mucinoso ovariano para a cavidade abdominal está demonstrada na alternativa:
- a** Pseudomixoma peritoneal.
 - b** Hidrotórax e ascite (Síndrome de Meigs).
 - c** Disseminação oncológica.
 - d** Ascite discreta.
 - e** Virilização de rápida instalação.
- 74.** Feminino, 27 anos, Primigesta, idade gestacional 31 semanas, encontra-se em sua consulta de pre-natal. Durante o exame físico obstétrico, foram realizadas as manobras de Leopold. Sobre o segundo tempo da manobra de Leopold, marque a alternativa correta.
- a** Determina a atitude fetal.
 - b** Determina a posição fetal.
 - c** Determina se há rechaço fetal.
 - d** Determina a variedade de posição fetal.
 - e** Determina a apresentação fetal.
- 75.** Paciente de 40 anos comparece à unidade de saúde do seu bairro para consulta médica devido queixa de sangramento menstrual excessivo, às vezes intermenstrual, o que lhe incomoda muito por ser fora do ciclo. No caso do sangramento intermenstrual, descartado gravidez, tem maior associação com: (MS/IEP-SL, 2016)
- a** funcional (causa endometrial)
 - b** miomatose
 - c** DIU de cobre
 - d** coagulopatias
 - e** pólipos endometrial
- 76.** Senhora de 59 anos comparece à consulta com resultados de exames, dentre eles a mamografia, cujo resultado evidenciou nódulo calcificado - tipo "pipoca". Esse achado é compatível com Classificação mamográfica de BI-RADS:
- a** Categoria 0
 - b** Categoria 1
 - c** Categoria 2
 - d** Categoria 3
 - e** Categoria 4
- 77.** Durante a realização de ultrassom transvaginal, foi observado saco gestacional normoimplantado e sem embrião. Este achado demonstra imagem:
- a** anecóica
 - b** isoecóica
 - c** hipoecóica
 - d** hiperecóica
 - e** mista (anecoica e hipoecóica)
- 78.** Gestante de 36 anos, com 34 semanas de gestação, apresentando pressão arterial 150x100 mmHg, e sentindo mal estar. Sobre esse tipo de alteração na gravidez, assinale a alternativa **INCORRETA** sobre os sinais de alerta:
- a** edema excessivo.
 - b** cefaléia.
 - c** escotomas visuais .
 - d** epigastria.
 - e** lombalgia.
- 79.** A razão de mortalidade materna - RMM no Brasil tem sido reduzida em 50% porém atualmente ainda mantém índices elevados. Sobre esse tema tão relevante assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a** No Brasil, a morte materna está associada ao atraso no transporte para facilidades de complexidade e atraso no fornecimento de tratamento em instituições de saúde.
 - b** A RMM oscila em torno de 50 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos.
 - c** A relativa estabilidade nas taxas de RMM pode ter sido comprometida com aumento de óbitos maternos na pandemia de COVID-19.
 - d** Na definição de morte materna o óbito da mulher ocorre na gestação ou até 40 dias após seu término independente da duração ou da localização da gravidez, devido à qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação à ela.
 - e** A morte materna não se relaciona a causas acidentais ou incidentais.
- 80.** Gestante de 40 anos, G3Pc1A1 com 27 semanas de gestação vem à consulta pré-natal na unidade de saúde. Trouxe resultado da colpocitologia oncótica colhida com 16 semanas indicando lesão intraepitelial de alto grau. No exame geral e obstétrico nota-se: IMC: 42, Pressão Arterial =140x100 mmHg, Altura Uterina =32 cm, situação longitudinal, posição dorso à direita e apresentação cefálica. BCF = 158 bpm. Dentre as orientações dadas à paciente, assinale a alternativa **correta**.
- a** A colpocitologia indicou lesão precursora do câncer de colo uterino, deve-se indicar colposcopia com biópsia.
 - b** Devido o IMC elevado da gestante, deve-se suprimir a suplementação de ferro.
 - c** Importante prescrever anti-inflamatório hormonal.
 - d** Encaminhar à maternidade para internar e controlar os parâmetros clínicos.
 - e** Realizar teste oral de tolerância à glicose.

- 81.** Mulher de 16 anos, levou seu filho R.B.S, sexo masculino, com 7 dias de vida à consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família (ESF). Refere que o mesmo está com muita fome, e precisa dar chá para passar as cólicas, mãe com mamas dolorosas. RN nasceu de parto vaginal, Apgar: 9/9, pesando 3.600 g, IG: 39 sem, realizou testes de triagem neonatal sem alterações. Ao exame físico: RN em bom estado geral, hidratado, com diurese e evacuações fisiológicas, pesando 2.800g, com boa sucção ao dedo de luva. Mamas demasiadamente cheias e ingurgitadas, sem sinais de fissuras bilateralmente e muito dolorosas. Diante do quadro, avalie atentamente as orientações e informações sobre o aleitamento materno.
- I. Começar a amamentação pela mesma mama da última mamada, até que esta se esvazie completamente, para que o RN possa sugar o leite posterior, e assim obter uma quantidade maior de lipídios.
 - II. Sinais de boa pega: mais aréola acima da boca do bebê, a boca deve manter-se bem aberta, com o lábio inferior virado para fora, o queixo do bebê deve tocar a mama e o nariz deve ficar livre para respirar.
 - III. Sinais de boa sucção: sugadas lentas e profundas, com pausas, bochecha redondas durante a mamada, bebê solta o peito quando termina a mamada e a mãe apresenta sinais do reflexo da prolactina.
 - IV. A mãe deve fazer limpeza da mama e mamilos com glicerina e usar hidratantes para promover a massagem das mamas, pois a massagem facilita a fluidificação do leite e estimula a síntese de ocitocina, facilitando a retirada do leite da mama.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a) I e II
 - b) II e III
 - c) III e IV
 - d) I e IV
 - e) I e III
- 82.** Pré-escolar 3 anos e 4 meses de idade, pesando 18 Kg, sexo masculino, evoluindo com quadro de diarreia há quatro dias, de consistência amolecida, em torno de cinco episódios ao dia, há um dia mãe observou que as evacuações tornaram-se escuras, meio enegrecidas e notou raios de sangue nas evacuações. Mãe refere que apresentou episódios de vômitos (seis episódios) e que apresentou febre, que cedeu com uso de antitérmico (Dipirona). Ao exame físico: Pré-escolar grave, está nos braços da mãe, sonolento, mas reage com choro ao manuseio, olhos fundos e secos, pulsos filiformes, perfusão capilar periférica de 3 seg e anúrico há 8 horas. Considerando que você é o (a) médico (a) que atende este menor na UPA, e obedecendo as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, marque a única alternativa correta que corresponde ao diagnóstico, tratamento e ao Plano de Terapia de Reidratação.
- a) Pré-escolar apresenta Desidratação; neste caso será necessário realizar antibioticoterapia com Ciprofloxacina; e tratamento com Soro de Reidratação oral (Plano B), observando a evolução do menor por 4-6 horas.
 - b) Pré-escolar apresenta Desidratação Grave; neste caso será necessário realizar antibioticoterapia com Ceftriaxona; Fases Rápidas com Soro Fisiológico 0,9% (30 ml/kg) (Plano C), até melhora dos sinais clínicos de desidratação, reavaliando após cada administração.
 - c) Pré-escolar apresenta Desidratação; neste caso será necessário realizar antibioticoterapia com Ciprofloxacina; Fases de Expansão com Soro Glicosado 5% e Soro Fisiológico 0,9% (Proporção 1:1) (Plano C), até melhora dos sinais clínicos reavaliando os após cada fase.
 - d) Pré-escolar apresenta Desidratação Grave; neste caso será necessário realizar antibioticoterapia com Ceftriaxona; Fases de Expansão com Soro Fisiológico 0,9% (20 ml/kg) (Plano C), até melhora dos sinais clínicos de desidratação, reavaliando após cada administração.
 - e) Pré-escolar apresenta Desidratação Grave; neste caso será necessário realizar antibioticoterapia com Ciprofloxacina; Fases Rápidas com Soro Fisiológico 0,9% (30 ml/kg, seguida de 70 ml/kg) (Plano C), até melhora dos sinais clínicos de desidratação, reavaliando após cada administração.

Considerando o caso clínico abaixo, responda as Questões 83 e 84:

RN de A.P.V, sexo feminino, 48 horas de vida, nasceu de parto normal, com 38 sem e 2 dias, pesando 2.490 g, medindo 46 cm, Apgar 9/9; Mãe G2 P1 A1, não realizou pré-natal, usuária de maconha. Ao exame físico: RN em regular estado geral, ativo e reativo, acianótico, icterico zona III, eupneico, fígado palpável a 4 cm do RDC e baço a 2 cm da RCE, presença de rash vesicular em tronco, mãos e em membros inferiores, ausência de lesões de tocotraumatismos. Exames maternos: Testes Rápidos (HIV/ Hep B/ Hep C): não reagentes, sífilis: reagente/ VDRL sérico: 1/16/ TSang: A positivo/ Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus (CMV), herpes vírus simplex (HSV): IgG: positivos e IGM: negativos. Realizados exames no RN, demonstrados no quadro abaixo.

TSang	O negativo	TORCH	IgG: positivo/ IGM: negativo
VDRL	1/64	Hemograma	Escore Hematológico de Rodwell: 1/ Hb: 14 (VR: 12-16 mg/dl) / Ht: 42 (VR: 38-64 mg/dl)/ Contagem de Reticulócitos < 0,5 % (VR: < 6%)
PCR	+ 16	Hemocultura	Negativa
BTF	BT: 15 / BI: 12/ BD: 3 (VR: BI < 0,8 mg/dl/ BD < 0,5 mg/dl)		RX de Ossos longos: sem alterações ósseas
LCR	VDRL: 1/4/ Leucócitos: 34 células/mm ³ (VR: 0 - 32 céls/mm ³), Hemácias: 0/ Proteinorraquia: 182 mg/dl (VR: 20 - 150 mg/dl)		

USG Abdomen total: aumento do volume hepático, vias biliares fisiológicas.

- 83.** De acordo com o caso clínico acima, o tratamento que deve ser instituído para a RN de A.P.V., considerando o diagnóstico apresentado por ela é:
- a) P Benzilpenicilina Benzatina, Intramuscular, dose única.
 - b) Benzilpenicilina Procaína, Intravenosa, por 14 dias.
 - c) Benzilpenicilina potássica (Cristalina), intravenosa, por 14 dias.
 - d) Benzilpenicilina Procaína, Intramuscular, por 10 dias.
 - e) Benzilpenicilina potássica (Cristalina), intravenosa, por 10 dias.
- 84.** Quanto ao acompanhamento ambulatorial indicado no texto acima em relação ao quadro de neurosífilis apresentado pela RN de A.P.V, assinale a alternativa correta.
- a) O LCR deve ser coletado a cada 2 meses, até a sua normalização.
 - b) O LCR deve ser coletado a cada 4 meses, até a sua normalização.
 - c) O LCR deve ser coletado a cada 6 meses, até a sua normalização.
 - d) O LCR deve ser coletado a cada 9 meses, até a sua normalização.
 - e) O LCR deve ser coletado a cada 12 meses, até a sua normalização.

- 85.** Escolar de 6 anos de vida, foi atendida na UPA. Mãe referia que a criança estava inapetente, com febre elevada (38,9°C), anorética e com muita dor de garganta, quadro que teve início há quatro dias. Apresentava ao exame físico, orofaringe hiperemiada com focos purulentos difusos. A criança recebeu antitérmico e foi prescrita com anti-inflamatório para casa. Hoje retorna ao atendimento (com 10 dias de evolução). Escolar apresenta vômito, mais de seis episódios em 12 horas, diarreia líquida, cefaleia e febre elevada. Ao exame: apresenta grave estado geral, sonolenta, desidratada, icterícia, dispneica, com perfusão capilar periférica de 3 seg; rigidez de nuca, Kerning e Brudzinski positivos. Realizado: oxigenioterapia, Fases de Expansão (4x), Ceftriaxona (100 mg/kg/dia, dose de ataque) e corticoide; a menor foi internada e isolada. Realizado coleta do LCR, sendo identificado alterações consistente, com meningite bacteriana, na bacterioscopia foi isolado diplococos gram negativos. A quimioprofilaxia dos contactantes deve ser realizada com:
- a** Rifampicina (20 mg/kg/dose, via oral, 12/12 horas), por 4 dias, em crianças < 1 mês.
 - b** Ceftriaxona (125 mg, intramuscular), dose única, em crianças < 12 anos.
 - c** Ciprofloxacina (500 mg, via oral), dose única, em crianças < 12 anos.
 - d** Cefalexina (100 mg/kg/dia, via oral, 12/12 horas), por 2 dias, em todas as idades.
 - e** Azitromicina (500 mg, via oral, 24/24 horas), por 5 dias, em adultos > 18 anos.
- 86.** Dona Fernanda Fernandes veio à UBS para consulta de puericultura do seu filho, João Pedro. Atualmente a criança tem 9 meses, nasceu de parto vaginal, APGAR: 9/9, nasceu na ocasião do parto 3.200 g, com estatura de 49 cm e Perímetro Cefálico de 36 cm, evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta com 2 dias de nascido. Mãe 36 anos, GII PII A0, realizou 8 consultas de pré-natal, relata ITU (infecção do trato urinário) tratada com Cefalexina (6/6 horas), com sucesso e controle de cura por Urina EAS e Urocultura negativas, nega outras intercorrências infecciosas, etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas e consanguinidade. Na avaliação do DNPM (Desenvolvimento Neuropsicomotor) espera-se que João Pedro:
- a** apresente sorriso social, movimente os membros ativamente e esperneie alternadamente, reaja à estímulos sonoros, segure objetos, que lhes são dados à mão.
 - b** tente alcançar um brinquedo, busque ativamente objetos fora do seu alcance, volte-se para o som, role no leito, inicie uma interação. leve objetos à boca e imite sons.
 - c** transmita objetos de uma mão para a outra, pegue objetos com dedos em pinça, balbucie, brinque de esconde-achou, duplique sílabas e dê "tchau".
 - d** comece a andar sem apoio, abaixe-se e levante-se, produza jargão, coloque blocos dentro de uma caneca, imite a ação e gestos das pessoas, mostre o que quer.
 - e** corra, chute bola, suba escadas, fale em torno de seis palavras, nomeie uma figura, retire uma vestimenta, use colher ou garfo, construa torre com quatro cubos.
- 87.** Menor 12 anos, internado com quadro de adinamia, taquicardia ocasional e dispnéia aos esforços, com tiragem subcostal e intercostal. Mãe refere que a menor não consegue mais brincar com os primos, pois fica muito "ofegante", e quando isso acontecia, sentava-se na calçada para descansar. Refere que há 10 dias apresentou dor em joelho direito, sem relato concomitante com queda, edema e choro intenso quando tentava massagear, a dor se localizou em cotovelo esquerdo, e atualmente a criança refere a mesma dor em ombro direito, sem sinais de hiperemia, com edema, dor e limitação da movimentação. Nos Antecedentes Mórbitos Pessoais (AMP), mãe refere que a menor apresentou há 3 semanas quadro de odinofagia, prostração e febre elevada (39°C), impossibilitando ingestão de alimentos e líquidos, foi levada à UPA (apresentou na ocasião Hemograma com anemia discreta e Leucocitose sem desvio a esquerda/ VHS de 65 mm/ PCR de 21 mg/dl), sendo prescrito Sulfametoxazol-trimetropim e analgésicos, com melhora do quadro após 7 dias de uso; antes do quadro atual a criança era hígida. Quanto ao diagnóstico mais provável, a complicação, o agente etiológico e o tratamento indicado para o mesmo, marque a única alternativa correta.
- a** Lupus Eritematoso Sistêmico, com Insuficiência Cardíaca Congestiva/ Vírus Influenza/ Aciclovir.
 - b** Púrpura de Henoch- Schönlein, com Artrite séptica/ Staphylococcus aureus/ Oxacilina.
 - c** Artrite Reumatóide juvenil, com Pneumonia atípica/ Mycoplasma pneumoniae/ Eritromicina.
 - d** Febre reumática, com Cardite Reumática/ Streptococcus pyogenes/ Penicilina G Benzatina.
 - e** Endocardite Infecciosa, com Artrite Séptica/ Streptococcus viridans/ Penicilina G Cristalina.

- 88.** RN de A.C.V, nascido a termo, IG: 37 semanas e 2 dias, parto cesáreo, bolsa amniótica íntegra. RN chorou forte e vigoroso ao nascer, realizado clampamento imediato do cordão umbilical, com Apgar 8/9 e peso de 2.810 g ao nascer. Mãe 36 anos, G3P3A0, realizou 08 consultas de pré-natal; apresentou ITU tratada com controle de cura e Leucorreia tratada com melhora, ambas sem recorrência; nega outras intercorrências e vícios; mãe sem trabalho de parto prévio à cesariana. Nas primeiras horas de vida, RN evoluiu com taquidispneia, tiragem subcostal e batimento de asa de nariz, com Frequência Respiratória de 85 irpm (Boletim de Silverman-Andersen de 2). Ao exame: RN em bom estado geral, ativo e reativo, acianótico, corado, hidratado, com perfusão capilar periférica satisfatória, não foram identificadas alterações à ausculta pulmonar e cardíaca, SatO_2 90%. Iniciada oxigenioterapia e dieta. Realizado Rx de tórax, que evidenciou congestão peri-hilar radiada e simétrica, espessamento de cissuras interlobares, hiperinsuflação pulmonar leve, discreta cardiomegalia. Com 36h de vida o RN evoluiu com melhora, eupneico, SatO_2 98% em ar ambiente. O processo fisiopatológico que poderia explicar o quadro é:
- a) deficiência quali-quantitativa do surfactante pulmonar endógeno.
 - b) processos inflamatórios em alvéolos pulmonares.
 - c) imaturidade do controle neuronal do centro respiratório.
 - d) aspiração de saliva para árvore traqueobrônquica.
 - e) retardo na absorção de líquido pulmonar.
- 89.** Você está atendendo a um recém-nascido (RN) em sala de parto, cuja mãe de 15 anos está tendo uma evolução de parto normal sem intercorrências e com líquido amniótico claro. RN de 37 semanas e 2/7, apresentação cefálica, nasceu sem choro e hipotônico. Os passos de atendimento nos primeiros 30 segundos devem ser:
- a) conduzir o RN à mesa de reanimação em campos aquecidos; prover calor; posicionar a cabeça em leve extensão; aspirar boca e narinas (se necessário) e secar.
 - b) conduzir à mesa de reanimação em campos aquecidos; prover calor; posicionar; aspirar boca e narinas e iniciar Ventilação com Pressão Positiva (VPP) com oxigênio.
 - c) recebê-lo em campo aquecido; secar o corpo e o segmento cefálico e manter o RN em contato pele-a-pele com a mãe para estimular a amamentação, mantendo a via aérea pérvia.
 - d) colocar o RN em fonte de calor; avaliar frequência cardíaca e respiração; aspirar vias aéreas após retificá-las e iniciar VPP caso a frequência cardíaca seja menor que 60 bpm.
 - e) o Boletim de Apgar executado no primeiro minuto de vida, sendo menor que 7, vai determinar a necessidade de aspiração de vias aéreas superiores e de VPP. Caso esteja com Apgar maior que 8 basta calor e observação.
- 90.** A hiperbilirrubinemia neonatal é uma das manifestações clínicas mais frequentes no recém-nascido. Em relação à fisiopatologia da hiperbilirrubinemia neonatal, é correto afirmar que:
- a) a sobrecarga ao hepatócito decorre do excesso de captação e conjugação da bilirrubina indireta.
 - b) a fração de bilirrubina mais frequentemente elevada é a fração direta em decorrência da deficiência de G6PD.
 - c) a deficiência de glicuroniltransferase nos recém-nascidos é causa de elevação da fração indireta da bilirrubina.
 - d) a circulação entero-hepática aumentada da bilirrubina indireta pode reduzir se ocorrer o jejum prolongado de 12 horas.
 - e) em caso de incompatibilidade sanguínea rH, o aumento de reticulócitos reflete a velocidade de conjugação da bilirrubina.

- 91.** Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é estimado que 25% das gestações de mulheres com sífilis em atividade resultem em óbito fetal e 25% de recém-nascidos com infecção grave ou baixo peso. No caso de recém-nascidos de mães inadequadamente tratadas, a conduta correta deve ser:
- a** se o RN apresentar VDRL positivo (qualquer titulação) e/ou existirem alterações clínicas e/ou alterações radiológicas e/ou alterações hematológicas com comprometimento neurológico, tratar com penicilina procaína 50.000 UI/kg/dose a cada 24 horas por 10 dias.
 - b** se houver alteração líquórica ou não for possível colher o LCR, fazer penicilina cristalina EV por 10 dias, na dose de 50.000 UI/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana.
 - c** se o RN for VDRL negativo, sem alterações clínicas, radiológicas, hematológicas ou líquóricas, não tratar e fazer o acompanhamento com exames de VDRL nos meses 1, 3, 6, 12 e 18 meses.
 - d** isolar os recém-nascidos com VDRL positivo e titulação superior à titulação materna até 48 horas após o início da antibioticoterapia, mesmo que esteja em uso de penicilina cristalina na dose de 50.000 UI/kg/dose.
 - e** o seguimento de recém-nascidos filhos de mães inadequadamente tratadas para sífilis é obrigatório pela possibilidade de recrudescência da doença em 14% e deve ser realizado bimestralmente no primeiro semestre e depois trimestralmente até 12 meses.
- 92.** A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a obesidade como uma epidemia. No Brasil, estudos mostraram sobrepeso em 33,5% e obesidade em 14,3% de crianças brasileiras. Considerando a avaliação médica de um adolescente de 13 anos, sexo masculino que teve seu IMC (índice de massa corporal) entre os níveis $>+1$ e $\leq +2$ do gráfico IMC por idade para Meninos 5-19 anos, WHO 2006, é correto afirmar que sua classificação do estado nutricional de acordo com a OMS é:
- a** eutrofia.
 - b** risco de sobrepeso.
 - c** sobrepeso.
 - d** obesidade.
 - e** obesidade grave.
- 93.** Uma criança de 1 ano de idade, pesando 10 kg, ainda recebe aleitamento materno e alimentação complementar e vem evoluindo com vômitos e diarreia há 2 dias. Ao exame observa-se que está choroso sem lágrimas, boca sem saliva, taquicárdico, prega abdominal se desfaz rapidamente e está aceitando avidamente a água oferecida pela mãe. Para este paciente, a conduta adequada deve ser:
- a** providenciar imediato acesso venoso e fazer expansão com soro fisiológico 20 ML/kg em 30 minutos e repetir até que a criança esteja hidratada.
 - b** deve ser recomendado que a criança mantenha o aleitamento materno e seja medicado em casa com sais de reidratação oral (SRO) 100 ML após cada vômito ou evacuação.
 - c** iniciar fase de manutenção e reposição com volume de 1.000 ML por dia, sendo soro glicosado e soro fisiológico adicionado de cloreto de potássio.
 - d** manter aleitamento materno e suspender outros alimentos e iniciar SRO na unidade de saúde sob supervisão médica com ofertas de 500 a 1.000 ML no período de 4 a 6 horas.
 - e** iniciar plano C com oferta adicional de zinco 20 mg ao dia e manter aleitamento materno e outros alimentos que aceitar nas primeiras 4 horas.
- 94.** Criança de 18 meses iniciou com quadro de infecção de vias aéreas superiores há 1 semana e há 2 dias vem com febre maior que 39 graus, tosse produtiva, FR 65 mpm, tiragem intercostal, dor abdominal e gemência; ausculta pulmonar com estertores crepitantes em base direita. Não há radiografias e nem exames complementares disponíveis com saturação de oxigênio 92% em ar ambiente. Para este caso, a conduta adequada deve ser:
- a** iniciar tratamento com amoxicilina na dose 50 mg/kg/dia de 8/8 horas por 7 dias.
 - b** iniciar tratamento com claritromicina 7,5 mg/kg/dose de 12/12 horas por 10 dias.
 - c** hospitalizar e tratar com ampicilina 50 mg/kg/dose de 6/6 horas.
 - d** hospitalizar e tratar com penicilina cristalina 150.000 UI/kg/dia associado a gentamicina 7,5mg/kg/dia.
 - e** iniciar salbutamol a cada 4 horas e corticoide oral (prednisolona 1mg/kg/dia).

- 95.** Uma criança de 7 anos de idade, sexo masculino, iniciou com quadro de infecção de vias aéreas superiores e febre baixa no dia anterior e hoje comparece à unidade de pronto atendimento de emergência por ter evoluído com tosse persistente, dispneia. Ele usou corticoide na exacerbação anterior. Ao exame físico, ele apresenta frequência respiratória de 28 mpm, fala em frases, prefere ficar sentado ao deitar-se; FC 110 bpm, PEF >50% do previsto; saturação de oxigênio 93%, sibilância difusa, tiragem intercostal baixa. Para ele, segundo atualizações GINA 2022, a conduta adequada é:
- a** ofertar oxigênio titulado para manter saturação entre 94-98%; ofertar salbutamol em aerossol dosimetrado sob máscara em 3 séries (cada 20 minutos na primeira hora); prednisolona 1 mg/kg/dia.
 - b** ofertar oxigênio 100% para manter saturação entre 94-98%; ofertar salbutamol em aerossol dosimetrado sob máscara em 3 séries (cada 20 minutos na primeira hora); considerar brometo de ipratropium e fazer corticoide sistêmico endovenoso.
 - c** sem necessidade de oxigênio; iniciar salbutamol a cada 4 horas; iniciar antibiótico e liberar para casa com prednisolona 1 mg/kg/dia.
 - d** iniciar salbutamol e brometo de ipratropium nas doses de resgate; oxigênio 100%, corticoide endovenoso (metilprednisolona), corticoide inalatório na unidade.
 - e** iniciar salbutamol na unidade na primeira hora e liberar para ambulatorio com prescrição de salbutamol inalatório e corticoide inalatório. Não há necessidade de oxigênio.
- 96.** Um lactente de 2 meses de idade apresenta febre há 48 horas, além de anorexia, irritabilidade e palidez; e não foi detectado o foco de localização da infecção ao exame físico. O plantonista da unidade de emergência hipotetizou que ele pode ter infecção de vias urinárias. Para o esclarecimento diagnóstico o exame a ser realizado, a técnica de coleta, e a interpretação para o diagnóstico de ITU, neste paciente é:
- a** sedimento urinário acima de 5 a 10 leucócitos/campo; qualquer contagem de colônias na cultura de urina em coleta realizada por punção supapúbica.
 - b** sedimento urinário acima de 5 a 10 leucócitos/campo; 900 colônias na cultura de urina em coleta realizada por cateterismo vesical.
 - c** coleta de urina por jato intermediário com cultura de urina mostrando contagem de colônias acima de 10.000 UFC/mL.
 - d** coleta de urina por saco coletor trocando-o a cada 60 minutos, e contagem de colônias na urina acima de 50.000 UFC/mL.
 - e** coleta de urina por jato intermediário com cultura de urina mostrando contagem de colônias acima de 50.000 UFC/mL.
- 97.** Escolar, asmático, de oito anos foi levado ao pediatra do posto de saúde por apresentar crises de sibilância, tosse, aperto no peito a cada 30 dias, nos últimos seis meses. Neste período, mesmo quando está fora da crise aguda, mãe observa que ele tem despertares noturnos, por tosse, mais de quatro vezes por semana. Além disto, tem cansaço mais fácil quando corre e ri, necessitando usar medicação de resgate (salbutamol inalatório), pelo menos três vezes na semana. De acordo com a Diretriz Brasileira do Manejo da Asma (2012), o pediatra deve propor o seguinte tratamento profilático, baseado no respectivo nível de controle:
- a** iniciar corticóide sistêmico (Prednisolona 1mg/kg/dia) de maneira contínua, por se tratar de Asma Não Controlada.
 - b** iniciar beta-2 agonista inalatório de ação prolongada (Formoterol) + corticóide inalatório (Fluticasona) em dose baixa, por se tratar de Asma Parcialmente Controlada.
 - c** iniciar corticóide inalatório (Budesonida) em dose alta, por se tratar de Asma Não Controlada.
 - d** iniciar beta-2 agonista inalatório de ação prolongada (Formoterol) isoladamente, por se tratar de Asma Não Controlada.
 - e** iniciar anticorpo monoclonal anti-IgE (Omalizumabe), por se tratar de Asma Não Controlada.

- 98.** Lactente de 15 meses, há quatro dias vem apresentando tosse, inicialmente seca e depois produtiva. Antes disto, apresentou coriza e febre, que durou 48 horas. Hoje, a mãe relata, que nas últimas 24 horas vem apresentando cansaço, sem sibilância, e diminuição do apetite. Ao exame físico encontra-se em regular estado geral, hipoativo, afebril no momento, hidratado, com frequência respiratória de 49 irpm e presença de tiragem subcostal. Na ausculta pulmonar, percebe-se redução do Murmúrio Vesicular em base pulmonar direita. Segundo o AIDIPI – Criança, do Ministério da Saúde, marque a alternativa que contém o sinal/sintoma que sugere, mais assertivamente, o provável diagnóstico de Pneumonia Grave.
- a Diminuição do apetite.
 - b Tiragem subcostal.
 - c Febre por 2 dias.
 - d Tosse persistente.
 - e Taquipnéia sem febre.
- 99.** Dona Emília vai com seus três filhos até a Unidade Básica de Saúde para atualizar as carteirinhas de vacinação. Sua dúvida maior seria com relação a vacina oral para Poliomielite. A enfermeira da unidade analisa as carteirinhas e a tranquiliza dizendo que todos estão com esta vacina, especificamente, em dia. Sabendo que os filhos de Dona Emília têm 6, 2 e 1 ano, o número de doses da referida vacina que os filhos de Dona Emília receberam, respectivamente foi:
- a todos receberam três doses.
 - b cinco doses, quatro doses e três doses, respectivamente.
 - c todos receberam duas doses.
 - d duas doses, uma dose e uma dose, respectivamente.
 - e duas doses, uma dose e nenhuma dose, respectivamente.
- 100.** O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. Nesse contexto, assinale a alternativa correta.
- a Nas lactantes portadoras de Tuberculose (mesmo na forma abacilífera) o aleitamento materno está contraindicado, mesmo com o uso de máscaras.
 - b Independente do esvaziamento completo da mama, a duração de cada mamada não deve ultrapassar 15-20 minutos em cada seio.
 - c A ingestão de água ou chás, nos intervalos das mamadas, em regiões de clima muito quente, é permitida, para manter a hidratação do lactente.
 - d O leite do início da mamada, o chamado leite anterior, tem aspecto semelhante a água de côco, com alto teor de água e é muito rico em anticorpos.
 - e Comparado com o leite de vaca, o leite materno maduro apresenta melhor composição, visto que tem teor lipídico e protéico maior que o leite de vaca.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA
EXPEDIDO POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26		51		76	
2		27		52		77	
3		28		53		78	
4		29		54		79	
5		30		55		80	
6		31		56		81	
7		32		57		82	
8		33		58		83	
9		34		59		84	
10		35		60		85	
11		36		61		86	
12		37		62		87	
13		38		63		88	
14		39		64		89	
15		40		65		90	
16		41		66		91	
17		42		67		92	
18		43		68		93	
19		44		69		94	
20		45		70		95	
21		46		71		96	
22		47		72		97	
23		48		73		98	
24		49		74		99	
25		50		75		100	